

## XXIII

**DENGUE**

PAR H. DE BRUN

Professeur à la Faculté de Beyrouth.

La dengue est une maladie contagieuse, épidémique, caractérisée en général par de la fièvre, des manifestations gastriques, de la céphalalgie, de la courbature, des douleurs dans les membres, et fréquemment par une éruption qui affecte une grande analogie avec celle de la rougeole.

**Étiologie.** — Issue des zones tropicales, la dengue s'est étendue peu à peu aux zones subtropicales et a de la tendance à pénétrer et à s'acclimater dans les zones tempérées. Atteignant dans ses épidémies la plus grande partie des habitants d'une région, elle est extrêmement contagieuse, et sévit sans distinction d'âge, de sexe ou de race. Les enfants en sont très fréquemment atteints, et elle revêt souvent chez eux des formes cliniques qui rendent parfois le diagnostic véritablement difficile.

**Symptômes et diagnostic.** — Fréquemment l'enfant est pris tout à coup de convulsions ou, plus souvent, d'accidents fébriles alarmants. La température s'élève d'emblée à 40 et même 41 degrés; le pouls bat à 120, 140, 160. La peau est sèche, l'agitation considérable. Le petit malade se plaint d'une violente céphalalgie souvent accompagnée de photophobie ou plus exactement de douleurs oculaires et surtout de douleurs dans les muscles moteurs des yeux et dans l'élevateur de la paupière supérieure. La langue est large et saburrale, l'inappétence absolue. Les vomissements sont fréquents et le plus souvent bilieux; la constipation, qui est habituelle, cède en général à un purgatif qui provoque parfois une diarrhée bilieuse. Le malaise est énorme; les nourrissons, quand ils ne présentent pas les signes d'une grande anxiété, sont assez fréquemment plongés dans une sorte de torpeur véritablement inquiétante. L'insomnie n'est pas rare, rebelle à toute médication. Cet état, en apparence grave, dure deux, trois ou quatre jours, pendant lesquels le diagnostic hésite entre un embarras gastrique fébrile, une variole, un typhus exanthématique, une fièvre pernicieuse, une fièvre typhoïde, puis brusquement, en une nuit, la température retombe à la normale, et le malade entre en convalescence. J'ai observé des formes prolongées qui ont duré huit et dix jours.

Souvent, mais non toujours, au cours de l'état précédent, apparaît une éruption morbilliforme. La maladie est alors parfois confondue avec la rougeole dont elle se distingue facilement par l'absence de toux, d'oppression, de toute manifestation catarrhale des voies respiratoires, et par ce fait que l'éruption survient indistinctement le premier, le second ou le troisième jour de l'affection.

Parfois même elle survient lorsque la fièvre est complètement tombée,

lorsque la maladie a terminé son évolution et que le malade est entré en convalescence. Elle peut, du reste, dans certaines formes légères et fort peu fébriles, devenir le principal symptôme, celui pour lequel on appelle le médecin. J'ai observé et décrit des cas dans lesquels, toute autre manifestation pathologique faisant défaut, la dengue a été constituée purement et simplement par l'éruption.

Dans quelques cas relativement rares, celle-ci ressemble à celle de la scarlatine. D'une façon générale, l'intensité de l'éruption n'a aucun rapport avec l'intensité de la maladie. Sa valeur, au point de vue séméiologique, n'en est pas moins très grande, et c'est avec une véritable satisfaction que le médecin la voit survenir, alors que le diagnostic hésite encore en présence d'accidents fébriles en apparence redoutables. C'est chez le nourrisson, surtout, dont la dengue est en général constituée par un ensemble de phénomènes communs à un grand nombre d'états infectieux (fièvre très vive, vomissements, inappétence, insomnie, quelquefois somnolence, agitation, plus rarement convulsions), qu'elle rend de réels services en permettant de rapporter à leur cause et de réduire à leur juste valeur certains symptômes jusque-là difficiles à interpréter.

L'éruption dure en général de 2 à 4 jours et se termine par une desquamation le plus souvent furfuracée, parfois accompagnée d'une assez vive démangeaison.

**Formes cliniques.** — Extrêmement variable d'une épidémie à l'autre, la dengue peut se présenter sous des formes cliniques très dissemblables les unes des autres. Parmi les principales, on peut décrire la *forme complète*, où tous les symptômes sont largement représentés; la *forme gastrique*, dans laquelle domine l'état saburral, où la fièvre est moyenne et où l'éruption le plus souvent n'existe pas; la *forme rhumatismale*, caractérisée par la violence des douleurs des membres, qui peut en imposer pour un rhumatisme articulaire ou musculaire, voire même pour une ostéomyélite; la *forme céphalalgique*, dont le mal de tête est le symptôme capital et peut faire craindre par sa violence une méningite aiguë, d'autant plus qu'il s'accompagne fréquemment de vomissements et de constipation; la *forme éruptive*, qui peut être fébrile ou apyrétique.

Les *rechutes* ne sont pas rares, et les *récidives* sont fréquentes.

La *convalescence* est souvent très longue, moins cependant que chez l'adulte. Il n'est pas très rare de voir des enfants rester une huitaine de jours sans appétit et sans forces après une dengue dont la fièvre n'a pas duré plus de 48 heures.

**Pronostic.** — Il est extrêmement bénin. En cela la dengue se distingue nettement de la grippe avec laquelle quelques médecins ont voulu la confondre autrefois. Cette confusion n'est faite aujourd'hui par aucun des auteurs sérieux qui ont pu observer les deux affections. J'ajouterai que, contrairement à la grippe, la dengue ne provoque pas de manifestations broncho-pulmonaires, et que quand, par le fait d'une coïncidence, elle se complique de bronchite, on ne trouve pas alors dans l'expectoration le bacille de Pfeiffer.

**Traitement.** — Dans les cas un peu sérieux, quand l'état saburral domine, il est bon d'administrer dès le début un vomitif. Souvent, de ce fait, les vertiges et l'inappétence diminuent considérablement, et parfois la fièvre disparaît. Chez les nourrissons, je prescris fréquemment une émulsion d'huile de ricin, qu'on doit donner par petites cuillerées dans le courant de la journée, et m'en suis toujours très bien trouvé. Contre les manifestations douloureuses, l'antipyrine est vraiment le médicament de choix; il calme rapidement la céphalalgie, la courbature, et fait tomber la fièvre quand elle a résisté au vomitif.

Pendant toute la durée de l'affection, le malade, dans la seconde enfance, doit boire des bouillons chauds ou froids, des grogs et des limonades gazeuses acidulées. Ces dernières calment parfois et arrêtent les vomissements. Quand ceux-ci persistent, il y a tout avantage à ce que l'enfant prenne ces limonades glacées. Quand la fièvre baisse, il faut donner du lait, quelques potages légers, et, au moment de la convalescence, des œufs et des crèmes. On se trouvera bien alors, pour stimuler l'appétit, d'administrer quelques amers, auxquels on adjoindra une préparation de kola dans le but de relever les forces du petit malade.

## XXIV

**MORVE ET FARCIN**PAR LE D<sup>r</sup> ALBERT DELCOURT

Docteur spécial de l'Université de Bruxelles, médecin adjoint au service des maladies de l'enfance à l'hôpital Saint-Pierre.

Dans la plupart des traités classiques, les auteurs décrivent séparément la morve et le farcin. Cette séparation nette et précise n'existe pas en clinique. La morve et le farcin constituent deux modalités d'une seule et unique affection due au *bacillus mallei*. Les symptômes accentués du côté des fosses nasales n'existent pas dans le farcin, et caractérisent la morve; mais le farcin aigu ou chronique se termine souvent par une poussée de morve aiguë, et dès lors la confusion des types cliniques, arbitraires, s'établit. Cependant, bien que nous partagions l'avis de Roudnicuw (Vratch, 1896), d'après lequel la distinction des deux types morbides est inutile, nous conserverons, pour la facilité de la description, la classification admise par la plupart des auteurs.

**Fréquence.** — Rare dans notre pays, fréquente, au contraire, dans certaines contrées (Russie, Roumanie), la morve frappe surtout les individus vivant au milieu de chevaux contaminés: les cochers, les palefreniers, les soldats. C'est pourquoi les observations de morve infantile sont extrêmement rares. Nous n'en connaissons que deux cas<sup>1</sup>.

D'après Babès, cependant, la morve humaine serait plus fréquente qu'on ne le suppose généralement; il existerait une morve latente, évoluant sans symptômes apparents et frappant des individus robustes, résistants, se trouvant dans de bonnes conditions hygiéniques et vivant dans un climat à température moyenne assez élevée. Babès eut l'occasion « d'observer plusieurs cas dans lesquels des cochers ou des palefreniers, morts d'affections diverses, présentaient, à l'autopsie, des nodules absolument semblables à ceux que l'on trouve dans la morve latente en voie de guérison ou guérie, dans l'espèce chevaline ». Dans un de ces cas, Babès put obtenir, sur pomme de terre, d'abondantes plaques brunâtres qui ressemblaient aux cultures de la morve et qui étaient formées de bacilles présentant la plus grande analogie avec le *bacillus mallei*. L'inoculation de la première culture donne lieu à la production d'une ulcération chronique localisée<sup>2</sup>.

**Bactériologie.** — Le *bacillus mallei* est un bâtonnet, polymorphe, mobile, mesurant de 5 à 5  $\mu$ . Il se colore mal, d'autant plus mal que la culture est plus âgée. Il présente toujours un ou plusieurs espaces clairs, ce

(<sup>1</sup>) Un cas de morve aiguë, par le D<sup>r</sup> VANDELVELE D'ANVERS. *Ann. de la Soc. Médico-chirurgic. d'Anvers*. — Un cas de farcin chronique ayant débuté par le canal lacrymal. *Journal de la Suisse Romande*, D<sup>r</sup> GOUFFIN.

(<sup>2</sup>) A. BABÈS. *Sem. Méd.*, 1894, p. 575.

qui lui donne l'aspect granuleux. Les extrémités, généralement bien colorées, sont arrondies. Il ne prend pas le Gram.

**Cultures.** — Le meilleur milieu de culture est la *pomme de terre*, sur laquelle le *b. mallei* se développe lentement en présentant d'abord une *couleur jaune pâle*, puis *fauve*, puis *brune*; la plupart du temps le reste de la pomme de terre a pris une teinte grisâtre plus ou moins accentuée.

Sur *agar glycéiné*, la culture est d'abord presque transparente, puis devient, au bout de quelque temps, opalescente.

En *bouillon*, le développement est très rapide à 57 degrés; au fond du tube on constate un dépôt filamenteux et visqueux qui se défait difficilement par l'agitation.

Sur *gélatine*, à la température de 18 à 20 degrés, le développement est très lent, très faible et s'accompagne au bout de 20 jours d'un léger ramollissement du milieu (caractère controversé). Sur gélatine maintenue fondue à 57 degrés, il se forme une masse floconneuse blanchâtre, visqueuse.

L'injection d'une culture dans le péritoine produit une orchite double chez les cobayes mâles et un gonflement de la vulve chez les femelles.

Straus (*Revue vétérin.*, 1889), qui conseille cette inoculation, considère la production de l'orchite comme caractéristique du bacille morveux; cependant, Kutscher est arrivé au même résultat avec le *bacillus orchiticus* qui prend le Gram et ramollit rapidement la gélatine; Nocard également, avec le bacille de la lymphangite du cheval; mais ce bacille prend le Gram et pousse mal sur pomme de terre, en colonies d'un blanc sale. Enfin Hallopeau et Bureau ont isolé du mycosis fongöide un bacille dont l'inoculation au cobaye mâle produit également une orchite apparaissant plus tardivement que l'orchite morveuse.

**Morve aiguë. Symptomatologie.** — La *morve aiguë* peut survenir brusquement chez un individu sain ou marquer la terminaison d'une infection chronique par le *bacillus mallei*, car il est utile d'insister sur ce point que les formes chroniques de la morve et du farcin s'établissent le plus souvent d'emblée, contrairement à ce qui se passe pour les autres maladies, et que les poussées aiguës, dans ces cas, n'apparaissent que comme l'épisode final de l'affection.

La *morve* se propage par inoculation, ou par infection. L'inoculation se produit généralement au niveau des parties découvertes; le plus souvent par les mains (équarisseurs, vétérinaires, etc.), quelquefois aussi par une plaie du visage (sac lacrymal, etc.). Babès a cependant prétendu qu'il n'était pas nécessaire qu'il y eût solution de continuité des téguments pour que la pénétration de *bacillus mallei* fût possible; celui-ci pourrait pénétrer dans les glandes sébacées, s'y multiplier et se répandre ensuite dans l'organisme. L'ingestion de viande provenant d'un animal contaminé pourrait également, d'après quelques auteurs, être le point de départ de la maladie. Lorsqu'il y a *infection*, celle-ci se fait généralement par les poumons.

Les *symptômes du début* sont très variables; l'invasion de la maladie s'annonce par un *changement appréciable dans le caractère de l'enfant* qui devient difficile et triste. Puis la *température* s'élève, peut monter

jusqu'à 40 degrés, et cette élévation de température s'accompagne ou non de frissons.

Le malade tombe bientôt dans un *état de somnolence* dont il est difficile de le tirer; la *soif est intense*, la peau brûlante; l'*appétit* est aboli; l'*amaigrissement* fait des progrès rapides; les *urines* sont rares, renferment souvent de l'albumine, de la leucine et de la tyrosine (Bollinger); les *selles* peuvent rester régulières; le *pouls* est petit, très fréquent; la *pâleur du visage* est des plus marquées; les lèvres, les conjonctives palpébrales sont exsangues et décolorées. Ce sont là les symptômes que l'on rencontre au début de toute infection grave; aussi le diagnostic reste-t-il en suspens; tantôt, des douleurs articulaires avec gonflement des articulations font croire à une atteinte de rhumatisme aigu; tantôt, au contraire, l'aspect clinique rappelle celui de la fièvre typhoïde; la difficulté de poser un diagnostic ferme est plus grande chez l'enfant que chez l'adulte, l'infection morveuse infantile étant d'une extrême rareté; dans le cas qu'il a rapporté, le Dr Vandeveldt crut avoir affaire à de la malaria aiguë.

Cependant, au bout d'un laps de temps variable, apparaissent les symptômes caractéristiques de la morve :

1° L'*érysipèle* à contours mal définis, occupant rarement les membres, presque toujours la face; cet érysipèle est plus ou moins marqué, parfois tout se



Morve infantile aiguë<sup>1</sup>.

borne à une rougeur érysipélateuse sur un œdème dur, douloureux;

2° L'*éruption* composée de pustules couvrant le visage et les membres, parfois si nombreuses qu'elles rappellent l'éruption de la variole; parfois discrètes, parfois confluentes. Dans certains cas, l'éruption est nettement *bulleuse*; l'ouverture spontanée des pustules et des bulles laisse échapper un liquide séro-purulent; en séchant, l'éruption détermine sur la peau des plaques noirâtres, gangreneuses.

Les *muqueuses*, à leur tour, sont atteintes; la *pituitaire* est le siège d'ulcérations à bords déchiquetés, à fond grisâtre; des ulcérations semblables apparaissent sur la muqueuse buccale et les gencives; la respiration devient difficile; les narines remplies de croûtes laissent couler un liquide sanieux,

<sup>(1)</sup> Nous avons largement emprunté, pour décrire la morve aiguë, à l'observation publiée par M. le Dr Vandeveldt d'Anvers. — Nous tenons à le remercier pour l'autorisation qu'il a bien voulu nous donner de reproduire ce cliché.

purulent; le nez s'empâte, s'élargit; les lèvres œdématisées et entr'ouvertes participent au *jetage*; les ganglions sous-maxillaires sont engorgés; lorsque les pustules et les ulcérations qui leur succèdent envahissent les amygdales, le pharynx, le larynx, des mucosités purulentes et sanguinolentes s'accumulent dans l'arrière-gorge, la *déglutition* devient très difficile; la *voix* est enrrouée et même aphone.

A cette période, souvent les malades toussent, et présentent une expectoration sanguinolo-purulente.

L'*examen du sang* montre une diminution notable des globules rouges; le nombre des globules blancs est supérieur à la normale, avec prédominance des formes polynucléaires.

La cachexie fait de rapides progrès; la mort survient au bout de 15 jours à un mois. *Hertwig* cependant a rapporté deux cas de guérison chez l'adulte.

L'enfant observé par le Dr Vandeveldé mourut au bout de 7 semaines.

La *morve chronique* succède au farcin chronique ou s'établit d'emblée. Elle est essentiellement caractérisée par des ulcérations particulières des fosses nasales et des voies aériennes. Le malade accuse un sentiment de tension à la racine du nez; la voix s'altère, devient nasonnante. Des mucosités purulentes s'échappent constamment des narines; on note, en même temps que de la dyspnée, de la toux avec expectoration muco-purulente. Les ganglions maxillaires sont rarement engorgés.

La durée de la morve chronique est plus longue; mais elle marche tout aussi sûrement vers la terminaison fatale. Le malade est emporté par une poussée de morve aiguë ou meurt dans le marasme.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature médicale un seul cas de morve chronique se rapportant à l'enfant.

**Farcin aigu.** — Les symptômes que produit la morve, dans les cas décrits sous le nom de *farcin aigu*, varient suivant que le virus a pénétré par inoculation ou par infection.

Lorsqu'il y a inoculation, les accidents du début sont ceux qui accompagnent toutes les piqûres septiques: lymphangite caractéristique, gonflement, rougeur, œdème, augmentation du volume des ganglions correspondants. Les troubles généraux sont mal définis, caractérisés par l'abattement, la perte des forces, des douleurs vagues et articulaires, de la céphalalgie et des frissons; le facies est terreux, la fièvre vive; le pouls est à 120, souvent intermittent; parfois on note du délire. Le diagnostic reste en suspens.

Vers le 7<sup>e</sup> ou 8<sup>e</sup> jour, parfois même vers le 10<sup>e</sup>, apparaissent sur différentes parties du corps, de préférence sur les membres, des tumeurs arrondies, douloureuses, de volume variable; ces tumeurs sont, les unes sous-cutanées, les autres sous-aponévrotiques ou intra-musculaires; elles sont molles, fluctuantes; leur ponction donne un liquide séro-purulent, grisâtre, mélangé de sang; les ganglions lymphatiques correspondants sont engorgés ou indemnes; le nombre des abcès est variable, parfois très élevé; les articulations elles-mêmes peuvent être envahies et remplies d'un liquide purulent.

L'ouverture de ces collections purulentes donne naissance à une plaie

qui ne se cicatrise que rarement; elle reste fistuleuse et se transforme en un ulcère de mauvais aspect. L'état du malade s'aggrave rapidement; la fièvre est intense et continue.

L'éruption et le gonflement érysipélateoïde de la racine du nez, décrit à propos de la morve aiguë, apparaissent vers le 15<sup>e</sup> jour, parfois plus tard.

L'apparition de cette éruption est accompagnée de sueurs profuses et d'une prostration profonde. La terminaison fatale se produit généralement vers la 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> semaine.

Il n'est pas rare de voir survenir, dans les derniers jours de la maladie, des symptômes du côté des fosses nasales; l'enchrènement est constant, les narines laissent couler un liquide sanieux et sanguinolent.

Parfois, aussi, les poumons sont le siège d'une pneumonie ou d'une broncho-pneumonie s'accompagnant d'une expectoration épaisse, muco-purulente et sanguinolente, qui n'a pas les caractères de celle de la pneumonie franche.

*Farcin chronique.* — Les phénomènes de début sont les mêmes que ceux qui accompagnent le farcin aigu; ils sont le plus souvent très atténués; tout peut se borner à de la lassitude et à des douleurs articulaires. Un mois ou 6 semaines après l'inoculation, apparaissent sur toutes les parties du corps, mais surtout sur les membres inférieurs, des abcès plus ou moins nombreux; ces abcès, situés très profondément, se forment rapidement, sont indolores spontanément mais douloureux à la pression; ils éclosent en divers points du corps éloignés l'un de l'autre sans qu'on trouve aucun lien entre eux ni avec les autres lésions.

Bien qu'ils puissent parfois passer à résolution, généralement ils suppurent; le pus qui s'en écoule est d'abord phlegmoneux, puis prend rapidement l'aspect que nous avons décrit plus haut et que l'on a dénommé « huile de farcin ». Lorsque ces abcès se sont ouverts, la cicatrice se fait rarement; il persiste des fistules rebelles au traitement et des ulcérations à fond grisâtre, à bords déchiquetés; les tissus profonds peuvent être atteints et les os mis à nu.

Les ganglions lymphatiques du cou et les glandes salivaires peuvent rester indemnes, à la différence de ce qui se passe chez le cheval qui est toujours *glandé*. Lorsque la cicatrisation des collections purulentes s'opère, le malade paraît guéri; mais le plus souvent, après un laps de temps plus ou moins long, après une accalmie qui dure deux ou trois mois, la maladie reprend sa marche et évolue progressivement jusqu'à la mort; celle-ci survient généralement du 12<sup>e</sup> au 15<sup>e</sup> mois.

**Anatomie pathologique.** — Ainsi que nous l'avons vu plus haut, la morve peut atteindre tous les organes. Les collections purulentes que nous avons décrites, les nodules dont la fonte aboutit aux lésions ulcératives des fosses nasales, du larynx, de la trachée, etc., procèdent d'une lésion initiale: la *granulation morveuse* qui, par ses caractères anatomo-pathologiques, se rapproche beaucoup du *tubercule* et du *syphilome*.

Elle est constituée par une agglomération de cellules embryonnaires dont les plus centrales sont en dégénérescence granuleuse et atrophique, tandis

que celles de la périphérie sont en pleine activité de développement. On n'y trouve pas de cellules géantes. La fonte purulente centrale s'opère rapidement.

**Diagnostic.** — Ainsi que nous le disons plus haut, il est extrêmement difficile, au début de la maladie, de poser un diagnostic ferme. Les phénomènes généraux qui accompagnent la morve aiguë peuvent être confondus avec ceux qui marquent l'évolution de la fièvre typhoïde, la grippe, le rhumatisme articulaire aigu, etc. — Les lésions nasales et pharyngées pourront être d'une interprétation délicate. Le *coryza chronique* et l'*ozène* seront facilement reconnus; les ulcérations tuberculeuses n'offrent que peu de ressemblance avec les ulcérations de la morve; il n'en est pas de même de la *syphilis* qui peut prêter à confusion; un examen attentif dépistera la syphilis nasale qui se caractérise par la destruction des os et des parties profondes, l'affaissement et la déformation du nez.

La découverte du bacillus mallei et l'inoculation au cobaye mâle fixeront le diagnostic.

Pour dépister la morve chez les chevaux on se sert couramment, en médecine vétérinaire, des injections de *malléine*, substance qui est, au bacillus mallei, ce qu'est la tuberculine au bacille de Koch. On l'emploie pure ou plutôt en dilution au dixième dans l'eau phéniquée à 5 pour 100.

L'inoculation sous-cutanée de un demi-centimètre cube de *malléine* détermine chez les animaux morveux une élévation de température de 2 degrés au moins, s'accompagnant de réaction locale et souvent d'inappétence et de frissons. L'hyperthermie persiste pendant 12 à 14 heures environ, rarement plus longtemps. Le lendemain, la température tombe en restant ordinairement plus élevée que la normale, pour s'accroître encore le second jour, mais ordinairement avec une intensité moindre (A. Babès, *Semaine médic.*, 1894).

Chez l'homme, les injections de malléine pourront également servir au diagnostic de la morve. Mais elles devront être faites avec la plus grande prudence, car, d'après les expériences de A. Bonome<sup>1</sup>, la malléine détermine, chez l'homme atteint de morve chronique, une réaction 25 fois environ plus forte que chez le cheval: élévation thermique après 4 à 7 heures, turgescence de la conjonctive et de la muqueuse nasale, polyurie. Les lésions locales se bornent à une légère tuméfaction œdémateuse; la douleur est passagère. Les injections de malléine, faites en vue d'éclairer le diagnostic, ne seront utiles que lorsque la température du malade ne sera pas suffisamment élevée pour masquer la réaction thermique caractéristique.

D'autre part on a signalé des cas où les injections de malléine ne déterminèrent aucune réaction chez des animaux manifestement morveux.

On pourrait avoir recours, alors, au séro-diagnostic étudié et décrit par Bourges et Méry<sup>2</sup>. Ces auteurs ont démontré que le sérum des chevaux atteints de morve aiguë ou chronique détermine l'agglutination des bacilles morveux, à des dilutions voisines de 1 pour 1000, à la température du laboratoire.

<sup>(1)</sup> *Arch. it. de Biolog.*, xxii, p. 115.

<sup>(2)</sup> *Soc. de Biologie*, 5 février 1898.

« Avec le sérum normal ou provenant d'animaux fébricitants, avec le sérum anti-diphthérique et le sérum anti-streptococcique de l'institut Pasteur, l'agglutination se produit, dans les mêmes conditions, avec des dilutions à 1/50, 1/100, 1/200, et même, dans un cas, à 1/500, *mais jamais au-dessus.* »

**Traitement.** — Le traitement consiste: 1° à soutenir l'état général; 2° à détruire les foyers locaux et combattre la toxémie.

L'iodure de potassium et les frictions mercurielles à fortes doses (4 à 10 gr. tous les jours) ont semblé avoir donné des résultats favorables. Dans les cas d'inoculation morveuse, il importe avant tout d'agir sur les accidents locaux, *Gold* soutenant que la morve reste locale pendant un certain temps et que la septicémie est rarement primitive.

En 1897, Stienon a rapporté à la Société royale des sciences l'observation d'un adulte atteint de farcin, qui fut traité par des injections de *malléine*, avec un grand succès<sup>1</sup>.

*Bonome* considère également, après essai, que la malléine ne fournit pas seulement un moyen de diagnostic, mais constitue un bon adjuvant thérapeutique<sup>2</sup>. Des doses de 1/15 à 1/20 de centimètre cube de malléine ont produit chez un malade une réaction fébrile survenant 4 à 7 heures après l'injection et s'accompagnant de fréquence du pouls avec polyurie, de pesanteur de tête et du gonflement de la muqueuse nasale. La réaction dure de 6 à 30 heures, puis il se produit une chute de la température. Les injections de malléine faites après un repos de 2 à 3 jours, aux mêmes doses, ont produit une très grande amélioration des lésions morveuses.

Enfin, nous devons signaler que *Nicolle et Dubois*<sup>3</sup>, mettant à profit l'immunité naturelle des bovidés pour le B. mallei, ont traité et guéri un homme atteint de morve par des inoculations de *sérum de génisse*. Cette guérison, ne datant que de dix mois, pourrait cependant n'être pas définitive.

<sup>(1)</sup> *Bull. de la S. R. des Sc. méd. et nat.* Bruxelles, mai 1898.

<sup>(2)</sup> *Sem. Méd.*, 1894, p. 164.

<sup>(3)</sup> *Presse Médicale*, 11 octobre 1902.